

## **Powojenne badania stresu pourazowego w Krakowie. Część I. Badania do 1989 roku**

### **Post-War Research on Post-Traumatic Stress Disorder. Part I. Research before 1989**

Krzysztof Rutkowski, Edyta Dembińska

Katedra Psychoterapii CM UJ

p.o. kierownik: dr hab. n. med. K. Rutkowski, prof. UJ

#### **Summary**

The paper presents the post-war history of post-traumatic research conducted at the Department of Psychiatry of the Jagiellonian University and the analysis of the main research approaches and selected publications. The time after World War II passed in Poland in two directions: coping with the finished war trauma and simultaneously the experience of communist persecution trauma. First scientific publications appeared in the fifties and were focused on the research of former concentration camps prisoners (KZ-Syndrome). Between 1962 and 1989 a special edition of *Przegląd Lekarski*, which concentrated entirely on war trauma research, was published. The journal was nominated for the Peace Nobel Prize twice.

The research team from the Department of Psychiatry headed by Professor Antoni Kepiński made a very extensive description of KZ-Syndrome issues. The paper summarizes the most important contemporary research findings on psychopathology of KZ-Syndrome (Szymusik), reaction dynamics (Teutsch), after camp adjustment (Orwid), paroxysmal hypermnesia (Półtawska), somatic changes (Gatarski, Witusik). The result of the study was the basis for the development of a methodology and a new look at the classification of the consequences of post-traumatic stress disorder, as well as the development of ethical attitudes towards patients.

**Słowa kluczowe:** PTSD, KZ-Syndrom, *Przegląd Lekarski* – Oświęcim

**Key words:** PTSD, KZ-Syndrome, *Przegląd Lekarski* – Oświęcim

## Wstęp

II wojna światowa była kolejnym źródłem urazów dla mieszkańców Europy w XX wieku. Od I wojny światowej różniła się celami działań wojennych. Nie chodziło już o zdobycie terytorium, zasobów czy dominację polityczną, ale głównym dążeniem stało się wyniszczenie narodów. Działania wojskowe zostały skierowane po raz pierwszy na taką skalę przeciwko cywilom. W czasie I wojny światowej żołnierze walczyli z żołnierzami pod przywództwem polityków, w czasie II wojny światowej działania żołnierzy były podporządkowane celowi wymordowania ludności cywilnej, niekiedy nawet za cenę zagrożenia przegraną. Doprowadziło to do niespotykanego wcześniej na taką skalę rozpowszechnienia urazów i zaburzeń pourazowych. Cierpieli na nie już nie tylko żołnierze wracający z frontu, jak było to po I wojnie światowej [1], ale zwykli ludzie, także dzieci. Nie da się abstrahować od tego czynnika jako głównego powodu zainteresowania zaburzeniami pourazowymi w badaniach medycznych po II wojnie światowej.

II wojna światowa przyniosła nieznane wcześniej sposoby eksterminacji ludności cywilnej. W czasie jej trwania wybudowano wiele obozów koncentracyjnych, szczególnie na obszarach okupowanych przez Niemców. Obozy służyły jako miejsce izolacji, niewolniczej pracy oraz eksterminacji osób uznanych za wrogów państwa i narodu niemieckiego. Osadzenie w nich następowało bez wyroku sądu i na czas nieokreślony. Pierwsze hitlerowskie obozy koncentracyjne powstały w 1933 r. w Niemczech. Po wybuchu wojny także na terenie Polski rozpoczęto ich organizację. W 1941 r. rozpoczęto akcję eksterminacji ludzi przy wykorzystaniu komór gazowych. Od 1942 r. prowadzono zbrodnicze eksperymenty pseudomedyczne. Poza obozami zagłady istniały obozy pracy, w których warunki były takie same jak w obozach koncentracyjnych. Najwcześniej organizowano obozy przejściowe i przesiedleńcze. Umieszczano w nich osoby wysyłane dalej na przymusowe roboty lub osiedlane w innych miejscach Polski, często na wsiach, zmuszane do pracy rolniczej u niemieckich osadników. Obozy, tzw. Polenlagry, były przeznaczone dla ludności polskiej wysiedlonej ze Śląska, Wielkopolski, Pomorza, Zamojszczyzny, Mazowsza i innych terenów. W praktyce wszystkie obozy zakładano w celu wymordowania ludności cywilnej. Do obozów, szczególnie przejściowych i przesiedleńczych, wywożono całe rodziny. We wszystkich przetrzymywano także dzieci, często oddzielane od rodzin. Na terenie Polski zlokalizowano ok. 6 000 obozów hitlerowskich, w których więziono 7,5 mln ludzi [2].

Więźniowie obozów hitlerowskich byli narażeni na niepokój o życie swoje i najbliższych przed zatrzymaniem, bezzasadne zatrzymania, np. w czasie łapanek lub akcji wysiedlania, niezwiązane z działalnością, zagrożenie życia w czasie zatrzymania, zastraszanie utratą życia własnego lub bliskich, transport w warunkach zagrażających życiu, w przepełnionych wagonach, samochodach. Byli pozbawiani wolności i zmuszani do niewolniczej pracy, pozbawieni kontaktu z bliskimi, narażeni na głód, wychłodzenie, narażeni na pseudomedyczne eksperymenty. Utrzymywało się stałe poczucie zagrożenia własną śmiercią, a także anonimowość, symboliczne pozbawienie tożsamości.

Drugim czynnikiem określającym społeczne tło pracy psychiatrów z osobami z zaburzeniami pourazowymi były prześladowania nazistowskie skierowane przeciwko

chorym psychicznie. Ocenia się, że w Polsce zamordowano około 20 000 osób z zaburzeniami psychicznymi i personelu szpitali psychiatrycznych. Podaje się, że udało się zidentyfikować 7 136 osób, w tym 574 dzieci [3]. Pytanie, które chcemy tu zadać, brzmi: Jak na myślenie i psychikę lekarza psychiatry (czy całego środowiska psychiatrycznego) wpływa fakt zamordowania jego (ich) pacjentów? W czasie pierwszej zbrodni popełnionej 22 września 1939 r. w Kocborowie zamordowano także 5 osób personelu szpitala, w tym dra Józefa Kopicza – zastępcę dyrektora, którego postawa stała się symbolem związku lekarza z pacjentami.

W Polsce również sytuacja powojenna była naznaczona dalszymi prześladowaniami. Konieczne było radzenie sobie z urazami wojny, stratami bliskich oraz stratami materialnymi i przerwaniem życia prywatnego, np. nauką, a jednocześnie sytuacja polityczna wymagała dokonywania wyborów i chronienia się przed prześladowaniami ze strony władz komunistycznych. Ocenia się, że zaraz po wojnie stacjonowało w Polsce 300 000 żołnierzy sowieckich z osobami towarzyszącymi i obsługą [4]. Oczywiście stanowiło to zagrożenie dla życia Polaków i sprawiło, że czasowi radzenia sobie z traumą II wojny światowej towarzyszyła kolejna traumatogenna sytuacja prześladowań politycznych.

### Tzw. KZ-Syndrom

Prof. Antoni Kępiński, powszechnie wiązany z rozpoczęciem powojennych badań byłych więźniów obozów koncentracyjnych, w eseju pt. „Tzw. KZ-syndrom. Próba syntezy” wspomina początki badań. Z inicjatywą ich zapoczątkowania zgłosił się do niego dr Stanisław Kłodziński, prawdopodobnie w drugiej połowie lat 50. XX w. Badania, jak pisze Kępiński, rozpoczęto niechętnie, z oporami przed możliwą ingerencją w życie ocalałych i zagrożeniem ich retraumatyzacją [5]. Znamienne, że już w 1961 roku ukazał się pierwszy numer wydawanego w Krakowie Przeglądu Lekarskiego poświęcony w całości przedstawieniu efektów badań. Wydanie specjalne pod tytułem „Przegląd Lekarski – Oświęcim” ukazywało się do 1991 roku.

Sam Kępiński opublikował dziesięć esejów (nie były to typowe artykuły naukowe) poświęconych traumie wojennej [5–8], natomiast niezwykle ciekawe jest, że w większości z nich niemal jako jedyny zajmował się próbą opisanego psychiki sprawców ludobójstwa. Temat ten nie powracał później już w publikacjach czy tym bardziej badaniach krakowskich. Pojawił się jeszcze jako temat artykułu filozoficznego związanego przed wojną z krakowską Katedrą Historii i Filozofii Medycyny Tadeusza Bilikiewicza [9].

Równoległe do prób znalezienia czynników biologicznych odpowiedzialnych za powstawanie objawów pourazowych zwracano uwagę na urazy psychiczne występujące z ogromną siłą i przekraczające zwykłe doświadczenia człowieka. Bodźce te były tak niepojęte dla osób niedotkniętych uwięzieniem w obozie koncentracyjnym, że stanowiły nawet przedmiot nieporozumień [7]. Również objawy następstw stanowiły punkt niezrozumienia u obserwatorów i badaczy „z zewnątrz”, oprócz stanów hipermnnej klasycznym przykładem stał się tzw. survivor syndrom – paradoksalne poczucie winy wywołane faktem przeżycia pomimo jednoczesowej śmierci innych osób, objaw ten szczególnie często występował u osób, które z powodu żydowskiego pochodzenia

osadzono w obozach [10]. Znaczny odsetek ofiar urazów doznanych wskutek pobytu w obozie wyróżniał nie tylko obraz zaburzeń, lecz również swoisty obraz trudności w przystosowywaniu się do życia poobozowego.

W latach 1961–1991 wydano łącznie 31 tomów specjalnego wydania Przeglądu Lekarskiego. Opublikowano w nich aż 1 050 artykułów, napisanych przez 477 autorów (w tym 65 profesorów). Za te osiągnięcia czasopismo w latach 90. było dwukrotnie nominowane do Pokojowej Nagrody Nobla [11].

Nie jest możliwe streszczenie tak ogromnego zakresu badań i ich dorobku w krótkim artykule, tym bardziej, że wiele publikacji miało bardzo dużą objętość. Takie artykuły jak np. opisy języka obozowego czy badania marzeń sennych zajmują kilkadziesiąt stron i swoją objętością, jak i zakresem odpowiadają niemal rozprawom doktorskim. Tym niemniej poniżej postaramy się przybliżyć kilka szczególnych zagadnień.

### Termin KZ-Syndrom – Szymusik

Ze względu na specyfikę grupy, najczęściej pojawiały się takie nazwy jak: astenia postępująca, choroba poobozowa, astenia poobozowa, chroniczna postępująca astenia poobozowa, KZ-syndrom, zespół poobozowy, zespół obozu koncentracyjnego [12]. Terminologia ta szczególnie naciskała na okoliczności powstania zaburzenia – fakt izolacji w obozie koncentracyjnym. Postulowano, że obraz psychopatologiczny może zależeć swoiście od specyfiki urazu [5], podobne poglądy prezentował wcześniej Jaspers [13]. Targowla [14] wprowadził termin „*asthenia progressiva gravis*”, odstępując tym samym od specjalnego wyróżniania rodzaju urazu jako przyczyny zaburzenia, a szczególny nacisk kładąc na objawy kliniczne [15]. Głównymi objawami miały być: przedwczesne starzenie się, spadek wagi i zaburzenia naczyniowo-ruchowe, depresja o słabo zaznaczonym przebiegu cyklicznym, trudności adaptacyjne, dystymia, obniżone poczucie własnej wartości, objawy dystonii autonomicznego układu nerwowego i zaburzenia snu. Przyczynę lokalizowano w zaburzonym funkcjonowaniu osi przysadkowo-nadnerczowej prowadzącym do postępującego wyczerpania organizmu. Proces ten opisywano jako przebiegający w 3. fazach: męczliwości, następnie tendencji do koncentrowania się na własnych dolegliwościach i doznanych urazach oraz napadowych stanów przypomnień doznanych urazów [16]. Badania w tym zakresie prowadził przyszły kierownik Katedry Psychiatrii, prof. Adam Szymusik, zaś jego publikacje dotyczą głównie opisu stanu zdrowia byłych więźniów obozów koncentracyjnych.

Od strony klasyfikacji zwrócono uwagę na fakt, że w badanej grupie praktycznie nie występowały takie zaburzenia jak tzw. psychozy reaktywne i reaktywne stany histeryczne [15]. Wśród zaburzeń reaktywnych wyróżniano wówczas epizodyczne stany reaktywne będące w istocie ostrą reakcją na stres oraz psychozy reaktywne właściwe i reaktywne zespoły histeryczne. W przypadku psychoz reaktywnych przez długi czas toczyła się dyskusja mająca na celu rozstrzygnięcie problemu, czy stanowią one reakcję na bodziec, czy też są endogennymi psychozami, które ujawniły się pod wpływem urazu [13]. Przez długi czas za najbardziej prawdopodobną reakcję przyjmowano depresję reaktywną, choć w nowoczesnych klasyfikacjach nie została ona ujęta, w przeciwieńst-

wie do krótkotrwałej (ostrej) psychozy reaktywnej łączącej objawy reaktywnego zespołu hipomaniakalno-dysforycznego, reaktywnego zespołu paranoicznego, zespołów urojeniowych i zespołów o obrazie zbliżonym do schizofrenii. Reaktywne zespoły histeryczne (noszące cechy zespołów psychotycznych), jak zespół Gansera, otępienie rzekome czy puerylizm, praktycznie przestały być rozpoznawane i jeszcze pozostają w klasyfikacjach, np. jako zaburzenia dysocjacyjne nieokreślone [17].

### Dynamika reakcji – Teutsch

Doktor Aleksander Teutsch w swych badaniach zajmował się opisem, jak byśmy dziś powiedzieli, ostrej reakcji na stres, czyli opisem reakcji na znalezienie się w obozie i opisem dynamiki reakcji [18]. Pierwszym urazem był fakt znalezienia się w obozie i związana z tym rozpiętość przeżyć obozowych. W ciągu kilku tygodni więzień musiał się przystosować lub umierał. Konieczne stawało się ograniczenie wrażliwości na bodźce docierające z zewnątrz, lecz nie za silne, które by minimalizowało całkowicie funkcjonowanie i prowadziło do stanu tzw. zmużmania, jak nazywano w języku obozowym stan odrętwienia, a najprawdopodobniej dysocjacji. Jako drugi element wyróżniał jedność psychofizyczną, wzajemną zależność reakcji psychicznych i fizycznych, skutkującą śmiercią lub cięższym przebiegiem zaburzeń u osób zrezygnowanych, załamanych, następującą w wyniku wyczerpania możliwości adaptacyjnych organizmu. Autyzm obozowy – ostatni czynnik – określał jako zdolność do zamknięcia się we własnych przeżyciach, odcięcia od wymiany ze środowiskiem zewnętrznym, pozwalając ograniczyć dopływ traumatycznych bodźców. Od patologicznego autyzmu odróżniała go ograniczona zdolność do utrzymania kontaktów z innymi, uzyskiwania lub dawania oparcia [19]. Czynniki te stanowiły o odrębności KZ-syndromu od innych podobnych w przebiegu i obrazie zespołów pourazowych.

### Adaptacja poobozowa – Orwid

Profesor Maria Orwid, przyszła założycielka i wieloletnia kierowniczka Kliniki Psychiatrii Dzieci i Młodzieży, badała odległą reakcję na uraz. W swych pracach wyróżniała trzy grupy zaburzeń: (1) związany ze znacznie upośledzonym funkcjonowaniem społecznym obraz skarg na osłabienie fizyczne, męczliwość, apatię, niechęć do podejmowania kontaktów z innymi oraz (2) typ, skutkujący również zaburzeniem pełnienia ról, określany jako hiperkompensacja, przejawiający się nadmierną aktywnością społeczną. Trzecią (3) grupę cechowała zachowana zdolność do funkcjonowania społecznego przy licznych skargach na subiektywne trudności w dostosowaniu się do konwencji społecznych i obowiązujących norm. Orwid zwracała uwagę, że zaburzenia utrzymywały się przez wiele lat po ustąpieniu czynnika urazowego [20]. W szczegółowej analizie statystycznej nie stwierdzono istotnych różnic w trudnościach adaptacyjnych do życia po uwolnieniu z obozu, uwzględniając takie zmienne jak płeć, wiek, czy sytuacja materialna i społeczna na wolności. Różnice występowały tylko ze względu na wykształcenie (większa częstość zaburzeń wśród inteligencji) i czas uwięzienia (w zależności proporcjonalnej). Zdecydowana większość bada-

nych wykazywała lepsze dostosowanie do życia w obozie niż na wolności. Oprócz wymienionych wyżej typów reakcji, wspólne dla byłych więźniów były trudności z nawiązywaniem i utrzymaniem kontaktów międzyludzkich, szczególnie z osobami, które nie doznały urazu. Cechowała ich niechęć do zawierania nowych znajomości i utrzymywania nawet przedobozowych przyjaźni, tendencja do społecznej izolacji z podtrzymywaniem kontaktów ograniczonych do środowiska byłych więźniów. Tendencjom tym towarzyszyło silne wrażenie odrębności i samotności nawet wśród najbliższych. Jednocześnie występowało poczucie odmienności od innych ludzi, nadawania szczególnego znaczenia doznanyemu urazom, w wyjątkowych przypadkach przyjmującego postać ponadprzeciętnych oczekiwań wobec otoczenia, związanych zwykle z dużym poczuciem krzywdy [21]. Doktor Roman Leśniak w swej rozprawie doktorskiej stwierdził, że nie udało się ustalić korelacji między typem osobowości a sposobem reakcji na warunki obozowe i adaptację poobozową [22].

### Hipermnezja napadowa – Półtawska

Objawy nawracających przypomnień, typowych dla zaburzeń pourazowych, były szczegółowo opisywane przez dr Wandę Półtawską, która nadała im nazwę hiper-mnezji napadowej. Jak pisała, napady mogą nawracać samoistnie lub pod wpływem bodźców, w jakiś sposób przypominających uraz, cechuje je tendencja do natłoku przykrych wspomnień, lecz nie w postaci myśli, ale w postaci obrazów, scen z pełnym odtwarzaniem wrażeń zmysłowych i często towarzyszącym poczuciem realności przeżywanej sceny. Osoba doświadczająca napadu hiper-mnezji jest często świadoma przymusowości zjawiska i braku kontroli nad nim [23]. Stany te jako typowe opisano dla przypadków astenii postępującej, jako rzadsze opisywano je w stanach depresyjnych, gdy tendencja do napadowości była znacznie słabiej zaznaczona, a przypomnienia cechowała stała (bardziej świadoma) dyspozycja do powracania w przeżyciach do urazowej przeszłości. Zwrócono również uwagę na tendencję do wzrostu częstości i nasilenia napadów hiper-mnezji wraz z wiekiem pacjentów, pomimo pojawiających się zaburzeń pamięci [24].

### Zmiany somatyczne

W obszarze badań stanu zdrowia byłych więźniów obozów koncentracyjnych znalazł się szereg różnorodnych zagadnień klinicznych.

Prowadzono także badania z wykorzystaniem dostępnych wówczas specjalistycznych metod diagnostycznych. W badaniach EEG zwrócono uwagę na znaczny odsetek nieprawidłowego zapisu u byłych więźniów oscylujący między 41% a 53% oraz na zbieżność między prezentowanymi objawami zespołu psychoorganicznego rozwiniętego prawdopodobnie wskutek uwięzienia a patologicznym zapisem EEG [25]. Wskazano też, że odsetek ten wzrastał u osób przebywających w obozie w dzieciństwie [26]. Badania psychiatryczne poszerzano o badania stanu somatycznego, jak i o badania laboratoryjne. Wskazano, że wśród byłych więźniów zwiększona była częstotliwość chorób somatycznych ogólnoustrojowych i zakaźnych. Częściej występowały zaburze-



nia krążenia, choroby reumatologiczne, dolegliwości ze strony przewodu pokarmowego i inne, z chorób zakaźnych najczęściej występowała gruźlica [27].

Przedstawiono wyniki eksperymentów na zwierzętach laboratoryjnych, u których dieta sporządzona według schematu żywienia obozowego, nawet bez ograniczeń ilościowych, wywołuje po trzech miesiącach typowy zespół choroby głodowej [28]. Liczne stany niedoboru żywieniowego skutkowały wystąpieniem nieodwracalnych zmian w organizmie, m.in. w centralnym układzie nerwowym, prowadząc nawet do śmierci [29]. W innych przypadkach mogły skutkować nieodwracalnymi zmianami, nieustępującymi po leczeniu farmakologicznym preparatami witamin.

### Podsumowanie badań KZ-syndromu

Wynikiem prowadzonych badań było nie tylko opracowanie epidemiologii i specyfiki zaburzeń pourazowych u osób więzionych w obozach koncentracyjnych, ale również opracowanie podstaw metodologii i nowe spojrzenie na klasyfikację następstw stresu pourazowego [30]. Techniki zbierania i opracowywania materiału, jak i budowania kontaktu musiały łączyć empatię i naukowy dystans [6].

Pomimo tak obszernego opracowania tematyki KZ-syndromu nie znalazł on należnego miejsca w polskiej psychiatrii, a jego przedstawienie ograniczano np. do „przewlekłego stanu występowania u tej samej osoby różnych chorób” [31].

Nie można zakończyć niniejszego rozdziału bez próby podkreślenia wagi osiągnięć badawczych, naukowych, etycznych, prawnych i innych. Efekty badań stały się podstawą do opracowania wytycznych dotyczących orzecznictwa w sprawach rentowych byłych więźniów. Wpłynęły one na kształtowanie się postaw etycznych, a niektórzy z badaczy zajmowali się tą tematyką przez całe życie.

Tym niemniej nie przygotowano publikacji podsumowującej przeprowadzone badania. Okazałoby się wtedy, że uzyskany wynik to więcej niż proste zestawienie wyników pojedynczych badań i że ujęte razem opisują w niemal doskonały, a bez wątplenia obszerny sposób obraz reakcji na uraz. Patrząc na opracowane zagadnienia, otrzymujemy kompletny obraz aktualnego zespołu stresu pourazowego (Post-traumatic stress disorder – PTSD, F43.1 wg klasyfikacji ICD-10).

Tabela 1. Porównanie wyników badań nad KZ-Syndromem z aktualną wiedzą nt. PTSD

	PTSD Rok 1980 i później	KZ-Syndrom Lata 50. i później – XX w.
Uraz	Kryterium A1 – początkowo uraz specyficzny, od 1987 r. niespecyficzne zagrożenie życia Kryterium A2 – Reakcja emocjonalna	Uraz specyficzny Dynamika reakcji (Teutsch)
I	Objawy grupy B – Odtwarzanie bezpośrednie w treści	Hipermnezja (Półtawska)
II	Objawy grupy C – Wycofanie społeczne	Unikanie Hiperkompensacja Adaptacja (Orwid)

*dalszy ciąg tabeli na następnej stronie*

III	Objawy grupy D – Napięcie	Pobudzenie (Szymusik)
IV	Inne Nasilenie się objawów wraz ze starzeniem Brak predyspozycji osobowościowej Towarzyszące zaburzenia somatyczne Objawy depresyjne – DSM-5, 2014	Inne Nasilenie się objawów wraz ze starzeniem (Gąterski) Brak predyspozycji osobowościowej (Leśniak) Towarzyszące zaburzenia somatyczne (Witusik) Reakcja depresyjna (Orwid, Szymusik)

Półtawska opisała objawy nawracających przypomnień w reakcji na bodźce symboliczne i związane wprost z traumą. Orwid opisała objawy unikania i zaburzonego funkcjonowania społecznego, Szymusik objawy stałego pobudzenia. Teutsch w rzeczywistości opisał objawy dzisiejszej ostrej reakcji na stres – ASD (Acute Stress Disorder; F43.0 wg klasyfikacji ICD-10).

Ponadto wskazano różne szczegółowe zagadnienia, które ponownie były badane dopiero wiele lat później. Leśniak wykazał, że nie ma predyspozycji osobowościowej do reakcji na uraz, a Gąterski wskazał na znaczenie doświadczenia urazu w młodym wieku dla rozwinięcia się późniejszej psychopatologii. Podobnie Gąterski i Orwid wskazywali na nasilanie się objawów z wiekiem jako wynik zmniejszających się możliwości kompensacyjnych. Niestety w publikacjach nie było jednak wprost zawarte przekonanie, że są to badania „zespołu poobozowego”, a więc reakcji na specyficzny uraz.

Należy podkreślić, że dopiero w poprawionym wydaniu DSM-III-R z 1987 r. opisano zespół stresu pourazowego jako niezależny od rodzaju traumy, wcześniejsze wydanie DSM-III z 1980 r. mówiło jeszcze o urazie wojennym. Niektóre z innych objawów, np. reakcja depresyjna, a nie wyłącznie lękowa, opisywanych już w latach 60. przez badaczy KZ-Syndromu wprowadzono do DSM dopiero w 2013 r. (DSM-5) [32].

## Piśmiennictwo

1. Rutkowski K, Dembińska E. *Badania i leczenie nerwic wojennych w Klinice Neurologiczno-Psychiatrycznej Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie przed II wojną światową na tle psychiatrii europejskiej*. Psychiatr. Pol. 2014; 48(2): 383–393.
2. *Złota encyklopedia PWN*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2002.
3. Nasierowski T. *Zagłada osób z zaburzeniami psychicznymi w okupowanej Polsce. Początek ludobójstwa*. Warszawa: Wydawnictwo Neriton; 2008.
4. Albert A. *Najnowsza historia Polski 1914–1993*. Tom II. Warszawa: Świat Książki; 1995.
5. Kepiński A. Tzw. „KZ-syndrom”. *Próba syntezy*. Przegl. Lek. 1970; 26(1): 18–23.
6. Kepiński A. *Niektóre zagadnienia psychosocjologiczne masowych zbrodni hitlerowskich II wojny światowej*. Przegl. Lek. 1962; 1: 81–83.
7. Kepiński A. *Oświęcimskie refleksje psychiatrii*. Przegl. Lek. 1964; 20(1): 7–9.



8. Kepiński A. *Rytm życia*. Warszawa: Sagittarius; 1992.
9. Bilikiewicz T. *Z rozważań nad psychologią ludobójstwa*. Przegl. Lek. 1966; 22(1): 14–20.
10. Cohen E. *Uwagi o tzw. „KZ-syndromie”*. Przegl. Lek. 1972; 29(1): 21–23.
11. Ryn ZJ. *Auschwitz Survivors Clinical – psychiatric studies*. Kraków: Wydawnictwo Przegląd Lekarski; 2002.
12. Kłodziński S. *Swoisty stan chorobowy po przebyciu obozów hitlerowskich*. Przegl. Lek. 1972; 29(1): 15–21.
13. Jarosz M. *Zaburzenia (psychozy) reaktywne*. W: Dąbrowski S, Jaroszyński J, Pużyński S, red. *Psychiatria*. Warszawa: PZWŁ; 1987. s. 212.
14. Targowla R. *Syndrom der asthenie der deportierten*. W: Michel M. red. *Gesundheitsschäden durch verfolgung und gefangenschaft und ihre spätfolgen*. Frankfurt: Röderberg-Verlag; 1955. s. 30–47.
15. Szymusik A. *Astenia poobozowa u byłych więźniów obozu koncentracyjnego w Oświęcimiu*. Przegl. Lek. 1964; 21(1): 23–29.
16. Szymusik A. *Poobozowe zaburzenia psychiczne u byłych więźniów obozu koncentracyjnego w Oświęcimiu*. Przegl. Lek. – Oświęcim. 1962; 17(1): 98–102.
17. Kaplan H, Sadock B. *Psychiatria kliniczna*. Wrocław: Urban & Partner; 1995.
18. Teutsch A. *Próba analizy procesu przystosowywania do warunków obozowych osób osadzonych w czasie II wojny światowej w hitlerowskich obozach koncentracyjnych*. Przegl. Lek. 1962; 18(1): 90–94.
19. Teutsch A. *Reakcje psychiczne w czasie działania psychofizycznego stresu u 100 byłych więźniów w obozie koncentracyjnym Oświęcim–Brzezinka*. Przegl. Lek. 1964; 20(1): 27–38.
20. Orwid M. *Uwagi o przystosowaniu do życia poobozowego u byłych więźniów obozu koncentracyjnego w Oświęcimiu*. Przegl. Lek. 1962; 18(1): 94–97.
21. Orwid M. *Socjopsychiatryczne następstwa pobytu w obozie koncentracyjnym Oświęcim–Brzezinka*. Przegl. Lek. 1964; 20(1): 57–68.
22. Leśniak R, Mitarski J, Orwid M, Szymusik A, Teutsch A. *Niektóre zagadnienia psychiatryczne obozu w Oświęcimiu w świetle własnych badań*. Przegl. Lek. 1961; 17(1): 64–74.
23. Półtawska W. *Stany hipermnezji napadowej. (Na marginesie badań tzw. „dzieci oświęcimskich”)*. Przegl. Lek. 1967; 23(1): 89–93.
24. Półtawska W. *Stany hipermnezji napadowej u byłych więźniów obserwowane po 30 latach*. Przegl. Lek. 1978; 35(1): 20–24.
25. Gąterski J, Orwid M, Dominik M. *Wyniki badania psychiatrycznego i elektroencefalograficznego 130 byłych więźniów Oświęcimia–Brzezinki*. Przegl. Lek. – Oświęcim. 1969; 25(1): 25–28.
26. Gąterski J. *Badania elektroencefalograficzne u osób urodzonych lub przebywających w dzieciństwie w hitlerowskich obozach koncentracyjnych*. Przegl. Lek. 1966; 22(1): 37–38.
27. Witusik W, Witusik R. *Ślady następstw chorobowych związanych z pobytom w więzieniach i obozach koncentracyjnych (u byłych więźniów ze środowiska oświęcimskiego)*. Przegl. Lek. 1968; 24(1): 56–64.
28. Kowalczykowa J. *Choroba głodowa w obozie koncentracyjnym w Oświęcimiu*. Przegl. Lek. 1961; 17(1): 58–60.
29. Sterkowicz S. *Uwagi o obozowym wyniszczeniu głodowym*. Przegl. Lek. 1971; 27(1): 17–22.
30. Orwid M, Szymusik A, Teutsch A. *Cel i metoda badań psychiatrycznych byłych więźniów obozu koncentracyjnego w Oświęcimiu*. Przegl. Lek. 1964; 20(1): 9–11.

31. Bilikiewicz T. *Psychiatria kliniczna*. Tom I. Warszawa: PZWL; 1989.
32. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Fifth edition (DSM-5). Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013.

Adres: Edyta Dembińska  
Katedra Psychoterapii CM UJ  
31-138 Kraków, ul. Lenartowicza 14